

**Girl Scouts of San Jacinto Council  
Asunción de Riesgo y Exoneración de Responsabilidad – Coronavirus/COVID-19**

\_\_\_\_\_  
NOMBRE \_\_\_\_\_  
N° DE TROPA/GRUPO

Actividad/Lugar: \_\_\_\_\_ Fecha(s): \_\_\_\_\_

El adulto es \_\_\_\_\_ Asistente \_\_\_\_\_ Voluntario para la Actividad Número de Móvil \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_ Dirección de e-mail \_\_\_\_\_

Por favor, responda las siguientes preguntas:

1. ¿Ha tenido fiebre de 38°C (100.4°F) o más en las última 72 horas O ha utilizado algún medicamento con el propósito de bajar la fiebre en las últimas 72 horas?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
2. ¿Ha tenido alguno o una combinación de otros síntomas de COVID-19 en las últimas 72 horas? Posibles síntomas incluyen fiebre o escalofríos, tos, falta de respiración o dificultad para respirar, fatiga, molestias o dolores musculares, dolor de cabeza, nueva pérdida de gusto u olfato, dolor de garganta, congestión o rinorrea, náuseas o vómitos o diarrea?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
3. Durante los últimos 14 días, ¿un médico o autoridad de salud le ha indicado que se autoaísle o se aísle en cuarentena?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
4. Durante los últimos 14 días, ¿ha estado en contacto con alguna persona que haya mostrado algún síntoma relacionado con el COVID-19? Posibles síntomas incluyen fiebre o escalofríos, tos, falta de respiración o dificultad para respirar, fatiga, molestias o dolores musculares, dolor de cabeza, nueva pérdida de gusto u olfato, dolor de garganta, congestión o rinorrea, náuseas o vómitos o diarrea?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
5. Durante los últimos 14 días, ¿ha estado en contacto con alguna persona que haya dado un resultado de COVID-19 positivo en los últimos 14 días?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

\*Si la respuesta a alguna de estas preguntas es “sí”, el participante no debe asistir a esta actividad.

(Continúa en el reverso)

\*Nombre de la Niña \_\_\_\_\_ \*N° de Tropa/Grupo \_\_\_\_\_

Soy consciente de la naturaleza altamente contagiosa de la nueva enfermedad del coronavirus 2019 (“COVID-19”) como también de los síntomas, las enfermedades y los efectos que causa. También soy consciente de que participando en cualquier actividad de Girl Scouts of San Jacinto Council (“GSSJC”) yo, mi familia, los miembros de nuestro hogar y las personas que entramos en contacto podremos experimentar una exposición o una infección de COVID-19, como también sus graves efectos, que incluyen enfermedad, lesión, discapacidad permanente y muerte. Reconozco que este riesgo puede resultar o combinarse con las acciones u omisiones de otros, que incluyen empleados y voluntarios de GSSJC. Comprendo que mientras que GSSJC ha implementado medidas preventivas para reducir el contagio de COVID-19, GSSJC no puede garantizar que yo, los miembros de mi familia, los miembros de mi hogar o las personas con las que entremos en contacto no se infectarán con COVID-19 como resultado de participar en actividades de GSSJC o mientras estemos en instalaciones de GSSJC.

Estoy familiarizada con las leyes, ordenanzas, directivas y pautas federales, estatales y locales relacionadas con el COVID-19, que incluyen las pautas de los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (“CDC”). Cumpliré todas estas ordenanzas, directivas y pautas mientras participe en actividades de GSSJC y mientras esté en instalaciones de GSSJC. También acepto que mientras esté participando en actividades de GSSJC y mientras esté en instalaciones de GSSJC, debo cumplir todas las pautas de GSSJC, que incluyen todas las instrucciones sobre el COVID-19 que me han proporcionado, ya sea en un acuerdo en la actividad o en las páginas web de COVID-19 de GSSJC. También comprendo que cualquier violación a estas pautas o a las indicaciones del personal podrá dar como resultado que se me solicite que inmediatamente deje de participar en la actividad, sin recibir ningún reintegro.

Acepto no participar en ninguna reunión ni actividad de GSSJC en persona ni iré a ninguna instalación de GSSJC si experimento síntomas de COVID-19 (como tos, dificultad para respirar, fiebre, escalofríos, dolor muscular, dolor de garganta o nueva pérdida del gusto u olfato); si tengo COVID-19 confirmado o si sospecho que podría tener COVID-19; si he estado en contacto cercano en los últimos 14 días con alguna persona que se haya confirmado o que se sospeche que tiene o ha tenido COVID-19. En el caso de que reciba un resultado positivo en una prueba de antígeno de COVID-19 en los próximos 14 días, se lo informaré inmediatamente a GSSJC a través de Melissa Hardy comunicándome a mhardy@sjgs.org y yo y otros miembros de mi hogar también se abstendrán de participar en cualquier reunión o actividad de GSSJC en persona durante por lo menos 14 días después de la fecha de la prueba de antígeno positivo, incluso si somos asintomáticos.

Considerando que tengo permitido participar en actividades de GSSJC, yo, en mi nombre y en nombre de cualquiera y todos nuestros beneficiarios, herederos, familiares cercanos, sucesores, causahabientes, representantes y agentes, mediante el presente instrumento **libero, absuelvo y exonero por siempre** a Girl Scouts of the USA y a GSSJC y a cada uno de sus respectivos dueños, funcionarios, directivos, empleados, agentes, contratistas, representantes y voluntarios (en su conjunto los “Exonerados”) de cualquier y todo reclamo, demanda, responsabilidad, derecho de acción y daño (en su conjunto los “Reclamos”) relacionados o que pudieran surgir de COVID-19, que incluyen, de forma enunciativa más no limitativa, cualquier y todo Reclamo relacionado o que pudiera surgir de cualquier enfermedad, lesión, discapacidad o muerte relacionada con COVID-19 que pudiera experimentar yo misma o cualquier otro miembro de mi familia u hogar, **sin importar si dichos reclamos son causados, en su totalidad o en parte, por mera negligencia, contribuyente o concurrente, responsabilidad absoluta, responsabilidad por propiedades u otras conductas dolosas o ilegítimas de los Exonerados.** Sin perjuicio de los riesgos asociados al COVID-19, **mediante el presente acepto y asumo todos los riesgos de enfermedades, lesiones, discapacidades o muerte relacionados con el COVID-19 que pudiera experimentar yo misma o cualquier otro miembro de mi familia u hogar, al margen de que este riesgo fuera causado, en su totalidad o en parte, por mera negligencia, contribuyente o concurrente, responsabilidad absoluta, responsabilidad por propiedades u otras conductas dolosas o ilegítimas de los Exonerados.**

Firmando a continuación, **mediante el presente certifico que he leído y comprendo absolutamente todos los términos de esta Asunción de Riesgo y Exoneración de Responsabilidad – Coronavirus/COVID-19 (la “Exoneración”) y que renuncio voluntariamente a los derechos legales sustanciales, que incluyen el derecho de demandar a los Exonerados, como se describió previamente.** Estoy firmando esta Exoneración voluntariamente, a sabiendas e incondicionalmente y mediante el presente acepto todos los términos y condiciones de esta Exoneración.

Nombre \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_  
Escriba el nombre completo claramente en imprenta